



www.pediatric-rheumatology.printo.it

BARNELEDDGIKT (JUVENIL IDIOPATISK ARTRITT)

Hva er det?

JIA er en kronisk sykdom som kjennetegnes ved vedvarende leddbetennelse (min.6uker). Typiske tegn på leddbetennelse er smerte, hevelse og redusert bevegelighet. "Idiopatisk" betyr at vi ikke vet årsaken til sykdommen, og "juvenil" betyr i dette tilfellet at symptomene oppsto før 16 års alder.

Hva betyr "kronisk sykdom"?

En sykdom er kronisk når riktig behandling ikke fører til at du umiddelbart blir frisk, men bare til en bedring av symptomene og resultater av laboratorietester. Det betyr også at når diagnosen blir stilt er det umulig å si hvor lenge barnet vil være sykt.

Hvor vanlig er det?

JIA er en sjelden sykdom som rammer 100-150 barn i Norge hvert år.

Hvordan stilles diagnosen?

Diagnosen stilles på bakgrunn av sykehistorie, legeundersøkelse, blodprøver, evt. røntgenbilder/ultral lyd. Det kan også være nødvendig med andre undersøkelser/prøver for å utelukke andre sykdommer.

Hva skjer med leddene?

Leddinnen som omslutter leddet er normalt veldig tynn. Når det blir betennelse i leddet, blir hinnen tykkere og fylles med betennesceller, mens mengden leddvæske innenfor hinnen øker. Dette fører til hevelse, smerter og redusert bevegelighet. Et karakteristisk tegn på leddbetennelse er at leddene blir stive etter hvile, derfor er det spesielt ille på morgenen. (dette kalles morgenstivhet).

Ofte prøver barnet å dempe smerten ved å holde leddet i en stilling midt mellom bøyd og strukket, en hvilestilling.

Hvis leddbetennelse ikke behandles kan den hovedsakelig gjøre skade på to måter:

- a) Leddhinnen blir tykk, og utløser ulike substanser som kan tære på leddbrusk og ben.
- b) Hvis hvilestillingen holdes for lenge eller leddet ikke brukes, blir bevegeligheten og muskelkraften redusert.

Ulike typer barneleddgikt

Systemisk JIA

Kjennetegnes ved allmennsymptomer som høy feber, ofte sammen med et lakserødt utslett, slapphet og muskelsmerter. Andre symptomer kan være forstørret lever, milt- eller lymfeknuter, betennelse i hinner rundt hjertet (perikarditt) og lungene (pleuritt). Leddbetennelse, som oftest polyartikulær (fem eller flere ledd), kan oppstå i hele sykdomsforløpet. Sykdommen kan ramme barn i alle aldre.

Hos omtrent halvparten av pasientene dominerer de systemiske plagene uten leddbetennelse. De langsiktige prognosene er ofte best for disse pasientene. Blant den andre halvparten avtar ofte de systemiske symptomene etter en tid, mens leddproblemene kan øke. Hos ett fåtall av pasientene fortsetter de systemiske symptomene samtidig med at leddbetennelsen tiltar.

Mindre enn 10 % av alle tilfeller av barneleddgikt er systemisk JIA.

Polyartikulær JIA (flere ledd)

Kjennetegnes ved at fem eller flere ledd er angrepet i løpet av sykdommens første seks måneder, og ved at pasienten ikke har noen av de ovennevnte systemiske symptomene. Polyartikulær JIA deles inn i to undergrupper avhengig av om pasienten har et autoantistoff kalt revmatoid faktor (RF) i blodet eller ikke.

1) RF-positiv polyartikulær JIA. Er sjelden blant barn (<5% av alle JIA-pasienter). Betennelsen oppstår til å begynne med ofte i de små leddene i hender og føtter, men kan etter hvert også angripe større ledd. Den er mye vanligere blant jenter enn gutter, og oppstår som oftest etter ti års alder. Sykdommen er ofte en alvorlig form for barneleddgikt.

2) RF-negativ polyartikulær JIA. Gjelder 15-30% av alle JIA-tilfeller. Dette er en sammensatt form av barneleddgikt og symptomene og det endelige resultat av sykdommen vil derfor variere betydelig fra person til person.

Oligoartikulær/pauciartikulær JIA (noen ledd)

Karakteriseres ved at fire eller færre ledd er rammet i løpet av sykdommens første seks måneder, og ved fravær av allmennsymptomer og symptomer fra indre organer. Den angriper store ledd (som knær og ankler) på en asymmetrisk måte (dvs. ikke i for eksempel begge ben samtidig). Noen ganger rammes bare ett ledd (monoartikulær). Hos noen pasienter rammes flere ledd etter de første seks månedene slik at fem eller flere ledd er involvert. Det har da utviklet seg en polyartikulær JIA. det kalles utvidet oligoartritt.

Oligoartritt debuterer som oftest før barnet er 6 år gammelt, og rammer for det meste jenter. Hvis pasienten får riktig behandling er prognosen ofte god.

En del av pasientene kan utvikle en øyekomplikasjon der den forreste delen av øyet blir betent (fremre uveitt). Ettersom den forreste delen av øyet (uvea) dannes av iris, kalles komplikasjonen enten kronisk fremre uveitt eller kronisk iridocyklitt. Øyebetennelse ved barneleddgikt gir oftest ingen symptomer eller tegn som er enkle å oppdage. Det er ikke så lett for foreldre og leger å oppdage iridocyklitt ettersom øyet ikke blir rødt og barnet ikke klager over tåkete syn, derfor må barn med risiko for dette undersøkes regelmessig hos øyelege. Snakk med legen om et opplegg for dette! Hvis iridocyklitt ikke oppdages og behandles kan den gjøre alvorlig skade på øyet. Derfor er det svært viktig at den oppdages tidlig.

Oligoartritt er den vanligste form for barneleddgikt (ca. 50% av tilfellene).

Psoriasisartritt

Kjennetegnes ved leddbetennelse i tilknytning til psoriasis eller psoriasisliknende symptomer. Psoriasis er en hudsykdom der flekker av hud skaller av, som oftest over albue og på knærne. Hudsykdommen kan oppstå før eller etter artritten.

Enthesittrelatert artritt (Artritt tilknyttet senefestebetennelse)

De vanligste symptomene er oligoartritt som hovedsakelig rammer de store leddene i de nedre kroppsdelene sammen med betennelse i senefester. Det vanligste stedet der pasienter med denne typen leddbetennelse opplever smerte, er bak eller under hælen. Noen ganger får pasientene akutt iridocyklitt som, i motsetning til ved den oligoartikulære barneleddgikten, kan føre til røde øyne, og økt ømfintlighet for lys. De fleste pasientene får positivt resultat på en laboratorietest kalt HLA B-27. Sykdommen rammer for det meste gutter, og oppstår som oftest etter 7-8 års alder. Måten sykdommen utvikler seg på varierer.

Hva er årsaken til kronisk iridocyklitt? Finnes det noen sammenheng med artritt?

Iridocyklitt ved barneleddgikt skyldes revmatisk betennelse i øyet. Nøyaktig hvordan dette skjer er ukjent.

Komplikasjonen finnes vanligvis hos yngre pasienter med oligoartikulær (fåledds) barneleddgikt som tester positivt på en laboratorietest kalt antinukleære antistoffer (ANA).

Sammenhengen mellom øye- og leddsykdommene er ukjent. Det er viktig å huske at iridocyklitt ikke alltid oppstår samtidig med artritten, derfor må man fortsette å gå til jevnlig øyelegeundersøkelser selv om artritten avtar. Sykdomsforløpet ved iridocyklitt kjennetegnes ved periodevise oppbluss. Oppblusset er ofte uavhengige av artritten.

Iridocyklitt oppstår som oftest etter artritten, kan oppstå samtidig med artritten, men oppstår sjelden før artritten.

Er barneleddgikt annerledes leddgikt enn den voksne får?

For det meste ja. Polyartikulær RF-positiv artritt, som utgjør omtrent 70% av voksne tilfeller av leddgikt, står for mindre enn 5% av tilfellene av barneleddgikt. Den oligoartikulære (få ledds) formen som oppstår tidlig, utgjør omtrent 50% av barneleddgikts-tilfellene, og finnes ikke blant voksne. Systemisk artritt finnes sjelden blant voksne.

Hva slags laboratorieprøver er nødvendige?

Når diagnosen skal stilles er noen laboratorieprøver sammen med symptomer og funn nyttige for å definere typen barneleddgikt og for å finne ut hvilke pasienter som står i fare for å utvikle komplikasjoner som kronisk iridocyklitt.

Revmatoid faktor (RF) er et antistoff mot eget vev som bare finnes i vedvarende og høye konsentrasjoner blant den polyartikulære formen av JIA.

Antinucleære antistoffer (ANA) finnes veldig ofte hos pasienter med oligoartikulær JIA som oppstår tidlig. Pasienter med ANA har høy risiko for å utvikle kronisk iridocyklitt, og må til øyeundersøkelse med spaltelampe hver tredje måned.

HLA-B27 er en vevstype som finnes hos opptil 80% av pasienter med Bekhterevs sykdom og barneleddgikt som likner Bekhterevs sykdom. Hos barn arter dette seg som senefestebetennelse i sammenheng med artritt. Blant den generelle friske befolkningen forekommer vevstypen hos ca. 10%. De aller fleste som tester positivt på HLA-B27 utvikler ikke ???

Andre prøver, som senkning (SR) eller C-reaktivt protein (CRP) måler omfanget av generell betennelse i kroppen, og er et nyttig supplement til legeundersøkelsen for å kartlegge hvor aktiv den revmatiske sykdommen er.

Pasienter kan være nødt til å ta jevnlige prøver (av for eksempel blod, leverenzymmer, urin osv.) for å vurdere eventuelle bivirkninger av medisiner.

Røntgenundersøkelser kan være nyttige for å følge med på evt. skader på leddene, slik at man kan tilpasse behandlingen deretter.

Hvordan kan vi behandle barneleddgikt?

Det finnes ingen bestemt behandling som kurerer JIA. Målet med behandlingen er å gi barna anledning til å leve et så normalt og aktivt liv som mulig, samt å forebygge skader på ledd og organer i påvente av at sykdommen skal gå over (gå i remisjon). Det gjør den som oftest, uten at det er mulig å forutsi når. Behandlingen er basert på medisiner som i hovedsak hemmer/demper betennelsesaktiviteten samt opptrening for å vedlikeholde funksjon samt hindre feilstillinger i ledd.

Behandlingen er sammensatt og stiller store krav til tverrfaglig samarbeid mellom ulike fagpersoner/spesialister som barnerevmatolog, revmakirurg, fysio- og ergo terapeut, øyelege, og andre.

1) Betennelsesdempende medisiner som ikke inneholder kortison (NSAID). Disse medisinene er symptomdempende medisiner, dvs. de reduserer betennelsesaktiviteten, smerter og feber, men påvirker ikke selve årsaken til sykdommen. De mest brukte er naproxen og ibuprofen. Aspirin er effektivt og billig, men er mye mindre i bruk i dag enn tidligere på grunn av faren for bivirkninger. Brukerne av NSAID tåler som oftest medisinen godt, og mageproblemer, som er den vanligste bivirkningen av medisinene blant voksne, er mindre vanlig hos barn. Noen ganger kan ett NSAID være effektivt selv om et annet har vist seg ikke å ha effekt. Den beste effekten oppstår etter flere uker med NSAID-behandling.

2) Leddinjeksjoner. Betente ledd kan bli væskefylte og det kan være aktuelt å fjerne væsken med en sprøyte. For å dempe betennelsen settes samtidig kortison inn i leddet. Legen kan også injisere kortison i leddet uten å fjerne væske. Lederspan er å foretrekke fordi den virker lengst (ofte i mange måneder). Minimalt med medisin absorberes i blodsirkulasjonen.

3) Sykdomsdempende medisiner. Disse gis til barn som har tiltagende betennelsesaktivitet til tross for riktig behandling med NSAID og steroidinjeksjoner. Medisinene gis i tillegg til NSAID-behandlingen. Effekten av de fleste av disse medisinene merkes for fullt først etter flere uker eller måneder med behandling.

Førstevalget er lave ukentlige doser med methotrexat. Det virker effektivt på de fleste pasienter. Medisinen demper selve sykdomsaktiviteten. Som oftest tåler pasientene medisinen godt. Mageproblemer med kvalme og redusert matlyst er de vanligste bivirkningene. Medisinen kan også påvirke leveren negativt, så pasientene må jevnlig ta blodprøve for å sjekke dette.

Dersom medisinen kombineres med vitaminet folsyre minsker risikoen for bivirkninger. Salazopyrin er også effektiv mot JIA, men gir oftere bivirkninger enn methotrexat. Erfaringen med salazopyrin er betydelig mer begrenset enn med methotrexat.

De siste årene er såkalte anti-TNF medisiner introdusert. De inneholder virkestoffer som selektivt blokkerer tumor nekrose faktor (TNF), en signalsubstans som er nødvendig for å sette i gang og vedlikeholde betennelsesprosessen. De brukes alene eller sammen med methotrexat, og fungerer effektivt for de fleste pasienter. Effekten kommer nokså raskt, og sikkerheten har så langt vist seg å være god. Imidlertid trengs undersøkelser som følger opp pasientene over mer enn 5 år for å utrede eventuelle langsiktige bivirkninger. Som alle andre sykdomsdepemde medisiner, må de brukes under streng kontroll.

4) Kortikosteroider. De er de mest effektive betennesdepemde medisiner vi har tilgang på, men bruken av dem er begrenset fordi langvarig bruk fører til mange alvorlige bivirkninger, som benskjørhet og veksthemming. Likevel er de verdifulle i behandlingen av vedvarende og alvorlige betennesstilstander og livstruende komplikasjoner som ikke har effekt av andre medisiner. De er også viktige som "bromedisin" for å kontrollere akutt sykdom mens man venter på at andre medisiner skal begynne å virke. Steroid øyedråper brukes i behandlingen av iridocyklitt. Ved mer alvorlige tilfeller av uveitt kan tablettbehandling være påkrevet.

5) Revmakirurgi. Utføres som oftest for å fjerne betent leddhinne.

6) Fysio- og ergoterapi. Dette er en sentral del av behandlingen. Det kan bestå av fysioterapeutisk behandling og trening samt veiledning av gymlærere, slik at fysisk funksjon opprettholdes, evt. økes og bevegelsesmønsteret normaliseres. Det er viktig å starte tidlig med dette, slik at man i størst mulig grad unngår muskelsvakhet, endret bevegelsesmønster og feilstillinger.

Gjennom veiledning og tilrettelegging kan ergoterapeuten hjelpe til med å løse praktiske problemer i hjem, barnehage, skole og fritid, slik at barnet oppnår størst mulig grad av mestring og deltakelse.

Hva er de viktigste bivirkningene av behandlingen?

Medisinene som brukes i behandlingen av JIA tåles som oftest godt. Mageplager, som er den vanligste bivirkningen av NSAID (derfor bør medisiner tas sammen med mat), er mindre vanlig blant barn enn voksne. NSAID kan en sjelden gang påvirke leveren negativt. Dette kontrolleres ved blodprøver, og er reversibelt.

Methotrexat har heller ikke mange bivirkninger. For å overvåke mulig bivirkning er det viktig å ta visse laboratorieprøver (blodprøve, urinprøve osv.). Vanligste funn ved disse testene er forhøyede leverenzymmer. De normaliseres ved å slutte med medisinen eller redusere dosene. Mageproblemer som uvelhet og kvalme kan forekomme. Bruk av folsyre reduserer effektivt forekomsten av bivirkninger. Allergiske reaksjoner på methotrexat kan forekomme, men er uvanlige. En sjelden gang kan antall hvite blodlegemer reduseres (som kan øke risikoen for infeksjoner).

Salazopyrin kan føre til utslett, mageproblemer, forhøyede leverenzymmer, senkning av hvite blodceller eller blodprosent. Derfor er det nødvendig med laboratorieundersøkelser, som ved methotrexat.

Anti-TNF virkestoffer tolereres som oftest godt. Pasientene bør kontrolleres nøye på grunn av mulig øket fare for infeksjoner.

Langvarig bruk av steroider i betydelige doser fører til mange uheldige bivirkninger, blant annet veksthemming og benskjørhet. Steroider i høye doser fører ofte til en markert økning i appetitten, noe som igjen kan føre til vektøkning. Derfor er det viktig å lære barna å spise mat som kan stille appetitten uten å øke kaloriinntaket i betydelig grad.

Hvor lenge bør behandlingen vare?

Den bør vare så lenge det er aktivitet i sykdommen. Sykdomsvarigheten varierer fra person til person og det er umulig å si noe om på forhånd hvor langvarig den vil bli. For over 50% opphører sykdomsaktiviteten (går i remisjon) etter ett par til mange år.

Sykdommen veksler ofte mellom forbedring og forverring, og behandlingen tilpasses dette. Fullstendig behandlingsstopp vurderes etter at sykdommen har vært i remisjon i lang tid.

Øyeundersøkelser: Hvor ofte og hvor lenge?

Pasienter med høy risiko (ANA-positiv oligoartritt) må kontrolleres hos øyelege (spaltelampeundersøkelse) minst hver tredje måned. De som har fått iridocyklitt bør kontrolleres langt oftere, hvor ofte kommer an på hvor alvorlig øyet er angrepet. Andre bør kontrolleres fra 3 till ganger per år. Snakk med revmatologen om dette.

Risikoen for å utvikle iridocyklitt minsker med tiden, imidlertid kan iridocyklitt oppstå også mange år etter artritt. Derfor bør øynene for sikkerhetsskyld sjekkes i mange år også etter at artritten er over.

Akutt iridocyklitt, som kan oppstå hos pasienter med artritt og senefestebetennelse, kan gi symptomer (rødt øye, smerter og lysømfintlighet). Dette gjør det enklere å stille diagnosen tidlig.

Hvordan er den langsiktige utviklingen (prognosen) ved artritt?

Prognosen ved artritt kommer an på alvorlighetsgraden, hvilken type JIA man har, hvor raskt man kommer i gang med behandling og hvor godt man responderer på den. Generelt er prognosen betydelig bedret på grunn av de behandlingsmessige fremskrittene (nye medikamenter) som er gjort de siste ti årene.

Ved systemisk JIA er prognosen mer varierende. Omtrent halvparten av pasientene har få tegn på artritt, og sykdommen kjennetegnes hovedsaklig ved periodiske oppbluss av sykdommen. Sykdommen går ofte raskt til ro uten varige men. Blant den andre halvparten av pasientene vedvarer artritten, mens de systemiske symptomene går over etter noen år. Blant disse pasientene kan leddbetennelsen være langvarig. Hos noen svært få vedblir de systemiske symptomene samtidig som leddbetennelsen er aktiv. Disse pasientene har den dårligste prognosen, og har behov for aggressiv behandling.

Ved RF-positiv polyartikulær JIA er ofte leddbetennelsen aggressiv og kan føre til varige forandringer i leddene.

RF-negativ polyartikulær JIA er sammensatt både når det gjelder kliniske utslag og prognose. Den generelle prognosen er mye bedre en ved RF-positiv polyartikulær JIA: Bare omtrent en fjerdedel av pasientene utvikler varige leddforandringer.

Oligoartikulær JIA har ofte en god prognose når sykdommen er begrenset til noen få ledd. Dersom den utvikler seg til å omfatte flere ledd, er prognosen mer som ved RF-negativ polyartikulær JIA.

Psoreasisartritt ligner på mange måter oligoartikulær JIA, men det er en noe større tendens for at den utvikler seg til å bli polyartikulær over tid.

JIA sammen med senefestebetennelse har også varierende prognose. Hos noen pasienter går sykdommen helt i remisjon, mens hos et mindretall utvikler den seg til også å angripe leddforbindelsen mellom bekken og rygg.

Det finnes foreløpig ingen sikre kliniske kjennetegn eller laboratorietester som i den tidlige fasen av sykdomsforløpet kan si noe sikkert om prognosen for hver enkelt. Det ville ha vært av betydelig klinisk interesse ettersom det kunne ha identifisert hvilke pasienter som allerede tidlig i sykdomsforløpet burde begynt med aggressiv behandling.

Og prognosen ved iridocyklitt?

Konsekvensen av ubehandlet iridocyklitt er veldig alvorlig. Det kan resultere i blant annet tåkete linse (grå stær) og nedsatt syn. Behandles sykdommen tidlig, fungerer som oftest kuren veldig godt. Derfor, jo tidligere diagnosen stilles, jo bedre prognose.

Kan man ta vaksiner?

Hvis en pasient behandles med medisiner som svekker immunforsvaret (prednisolon, methotrexat, enbrel, remicade osv.), må vaksinasjon med levende, svekkede mikroorganismer (som vaksiner mot rubella, meslinger, parotitis, poliovaksinen Sabin og BCG) utsettes, fordi det reduserte immunforsvaret gjør at man er mer mottakelig for smitte. Vaksiner som ikke inneholder levende mikroorganismer, men bare smittsomme proteiner (vaksiner mot tetanus, difteri, hepatitt B, pertussis, pneumococcus, haemophilus, hjernehinnebetennelse og poliovaksinen Salk) kan pasienten få. Den eneste teoretiske risikoen er at et svekket immunsystem kan føre til at vaksinen ikke virker. Foreløpig anbefales det at alle vaksiner helst unngås så lenge barnet bruker enbrel eller remicade.

Kan kostholdet påvirke sykdommens utvikling?

Det finnes ingen bevis for at kostholdet kan påvirke sykdommen. Generelt sett må barnet spise en balansert diett som er normal for dets alder. Pasienter som går på steroider må ha ett ekstra bevisst kosthold ettersom steroider øker appetitten.

Kan klima påvirke sykdommens utvikling?

Det finnes ingen bevis for at klima kan påvirke sykdomsaktiviteten.

Er sport tillatt?

Sport/fysisk aktivitet er en viktig del av dagliglivet for friske barn. Et av hovedmålene i JIA-behandlingen er at barna skal leve et så normalt liv som mulig, og i minst mulig grad oppleve seg som annerledes enn kameratene. Derfor anbefaler man at pasienten deltar i de sportslige aktiviteter de selv ønsker, og at de selv regulerer belastningen i forhold til smerter. Selv om store fysiske belastninger ikke er fordelaktig for et betent ledd, antas det at den lille evt. skaden det kan føre til, er mindre skadelig enn den psykologiske belastningen ved ikke å få leke med vennene sine på grunn av sykdommen. Disse anbefalingene baserer seg på en grunnleggende holdning om å oppmuntre barnet til å være aktivt og selvstendig. Dette for å oppnå best mulig mestring på tross av de begrensningene sykdommen kan medføre.

Aktiviteter der leddene utsettes for liten belastning, som svømming og sykling, er å foretrekke.

Kan barnet gå regelmessig på skolen?

Det er veldig viktig at barnet er tilstede på skolen og deltar i størst mulig grad på lik linje med jevnaldrende. Har barnet problemer med å komme seg til skolen, for eksempel p.g.a morgenstivhet eller smerter, kan skolen være behjelpelig med å finne transportløsninger. Det er viktig å snakke med lærerne om barnets mulige behov for tilrettelegging på skolen, som for eksempel tilpasset pult/stol, mulighet for å bevege seg i løpet av skoletimen for å unngå stivhet, mulighet for hvile, valg av plassering av klasserom for å unngå for mange trapper, plassering av gymtimen i tilfelle av morgenstivhet samt pc i tilfelle av problemer med skriving. Pasientene skal i utgangspunktet delta i gymtimene, men utifra sine forutsetninger og med evt. tilrettelegging. Her gjelder de samme forholdsreglene som i forbindelse med sport.

Skolen er en helt sentral arena for utvikling av sosiale ferdigheter, selvstendighet og fellesskap med jevnaldrende. Det er viktig at foreldre og lærere samarbeider om å tilrettelegge skolehverdagen slik at det syke barnet kan delta i skolens aktiviteter på vanlig måte.

Vil barnet få et normalt voksenliv?

Dette er et av hovedmålene for behandlingen, og det er mulig for de fleste. Behandlingen av JIA har blitt betydelig forbedret de siste ti årene, og nye, enda mer virkningsfulle medikamenter er under utvikling. Kombinasjonen av medisiner og opptrening kan nå forebygge leddskader hos de fleste pasientene.

Det er viktig å være oppmerksom på de psykososiale konsekvensene av å vokse opp med en kronisk sykdom, både for barnet og for familien. Foreldrenes evne til å håndtere situasjonen har stor betydning for hvordan det er for barnet å leve med sykdommen. Det er en utfordring for foreldrene å på den ene siden støtte barnet der det trenger hjelp uten samtidig å beskytte for mye. Det er en fare for at barnet kan bli overbeskyttet og at det utvikler en tillært hjelpeløshet og avhengighet.

Foreldre med en positiv grunnholdning, som støtter og oppmuntrer barnet til å være så uavhengig som mulig til tross for sykdommen, er viktig for muligheten for barnet til å få et normalt voksenliv.

Ved behov kan det barnerevmatologiske teamet være nyttige diskusjonspartnere for foreldrene omkring dette temaet.